



MINISTÈRE DE
L'ÉDUCATION NATIONALE

MINISTÈRE DE
L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

PERSONNELS ADMINISTRATIFS, SOCIAUX ET DE SANTÉ (AGENTS TITULAIRES)

DEMANDE D'AUTORISATION

DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL

**DANS L'HYPOTHESE D'UNE MUTATION DANS UN AUTRE ÉTABLISSEMENT A LA RENTRÉE SCOLAIRE PROCHAINE,
CETTE DEMANDE DEVRA ÊTRE RENOUVELÉE AUPRES DU NOUVEAU CHEF D'ÉTABLISSEMENT OU DE SERVICE.**

Je soussigné(e), Nom - Prénom.....

Né(e) le N° NUMEN

Corps.....Grade

Etablissement d'affectation (*adresse précise*)

.....

Sollicite l'autorisation d'exercer mes fonctions à% du service à temps complet, pour une période de 12 mois à compter du 1^{er} septembre 2013.

MOTIF

Elever un enfant de moins de 3 ans – date de naissance de l'enfant :

Elever un enfant adopté - date d'arrivée au foyer.....

Donner des soins au conjoint, à un enfant ou un ascendant :
surcotisation sur la base du temps plein pour la liquidation NON
de la retraite à compter du 1^{er} septembre 2013 OUI

Convenances personnelles :
surcotisation sur la base du temps plein pour la liquidation NON
de la retraite à compter du 1^{er} septembre 2013 OUI

Reconnu travailleur handicapé (sur avis du médecin de prévention)
surcotisation sur la base du temps plein pour la liquidation NON
de la retraite à compter du 1^{er} septembre 2013 OUI

Joindre toutes pièces justificatives utiles (photocopie du livret de famille, certificats médicaux, photocopie de la carte d'invalidité...)

DATE ET SIGNATURE DE L'INTERESSE(E)

**AVIS DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT
OU DE SERVICE**

**SIGNATURE DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT
OU DE SERVICE**

AVIS DU RECTEUR